

**Mission:**

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



**Ron DeSantis**  
Governor

**Scott A. Rivkees, MD**  
State Surgeon General

**Vision:** To be the **Healthiest State** in the Nation

## Departamento de Salud de Florida, Programa de Selladores Dentales del Departamento de Salud del Condado de Citrus

Estimado padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del maestro: \_\_\_\_\_

El programa de selladores dentales vendrá a la escuela de su hijo(a). **Este programa está disponible (sin costo para los padres / tutores) y ayuda a prevenir la caries dental.** Un higienista dental con licencia examinará los dientes de su hijo y decidirá qué dientes posteriores deben sellarse. Esos dientes serán recubiertos con un sellador dental y un tratamiento con fluoruro dado. Su hijo no recibirá sedantes, medicamentos, empastes ni radiografías. Los selladores pueden proteger contra el 85% de las caries superficiales donde masca y son seguros, sin dolor y fáciles de aplicar. **Este programa se le ofrece a todos los estudiantes de 2º grado y 3º grado que recibieron selladores durante el Programa de Selladores Dentales del año pasado.** Para los estudiantes de 3er grado, la higienista volverá a revisar los selladores para ver si todavía están en su lugar y volverá a sellar si es necesario. Los selladores dentales y el fluoruro son aprobados y recomendados por la Asociación Dental Americana, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud de Florida.

**POR FAVOR LLENE CON TINTA, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL PROFESOR DE SU HIJO(a) INMEDIATAMENTE**

Doy permiso a mi hijo para recibir una evaluación dental y documentar, selladores (si corresponde) y un tratamiento con fluoruro.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Raza / Etnia:  Blanco  Negro / Afroamericano  Asiático  Hawaiano / Isleño del Pacífico  Hispano  Indio Americano / Nativo de Alaska  Otro

Seleccionar el seguro dental del niño:  Medicaid  Florida Healthy Kids  Seguro Privado  Otro

Número del seguro dental del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor del niño: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO**

**Conteste cada uno de los siguientes aspectos relacionados con la salud de su hijo:**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Historia de fiebre reumática? <input type="checkbox"/> ¿soplo en el corazón? <input type="checkbox"/> ¿Asma?		<input type="checkbox"/>
Mi hijo necesita tomar antibióticos (por ejemplo, amoxicilina) antes del cuidado dental: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo no puede tomar o es alérgico a los siguientes medicamentos o materiales: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo tiene los siguientes problemas de salud: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo está tomando los siguientes medicamentos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo fue hospitalizado en los últimos 2 años por: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo experimentó la siguiente reacción desfavorable del tratamiento dental anterior: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agregue cualquier comentario o información adicional: _____		

Certifico que he LEÍDO y ENTIENDO las preguntas anteriores y las he respondido a lo mejor de mi conocimiento. Este cuidado dental puede incluir: evaluación y documentarlo, selladores, fluoruro y instrucciones de salud oral. Entiendo que a mi hijo no se le está brindando otro cuidado dental que pueda necesitar. Estos servicios no son un sustituto de un examen dental completo. Autorizo a los proveedores dentales a recibir el pago de cualquier seguro o de un tercero pagador que cubra los servicios prestados a este paciente. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al 352-513-6028. 1/2020rg

**Firma del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_